

„Świadczenia zdrowotne dla mieszkańców Wielkopolski na rok 2014 zabezpieczone”(?!)

Na stronie internetowej Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) pojawiła się informacja prasowa: „Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ informuje, iż w dniu 29.11.2013 zakończył negocjacje ze świadczeniodawcami, a tym samym świadczenia zdrowotne dla mieszkańców Wielkopolski na rok 2014 zostały zabezpieczone”.

Niestety, wygląda mi to na urzędowy optymizm. Oczywiście, zapewne prawdą jest, że zakończono tzw. negocjacje z podmiotami leczniczymi (co za okropna nowomowa – brrr). Nie oznacza to jednak, że potrzeby mieszkańców „zostały zabezpieczone”, tylko że świadczeniodawcy przystali na dyktat NFZ. Zapewne pamiętają państwo wcześniejsze informacje, że szpitalom zaproponowano kontrakty o kilka procent niższe od tegorocznych. Przedstawiciele szpitali stwierdzili, że nie mogą się zgodzić na warunki dyktowane przez fundusz, gdyż brak tych kilku procent spowoduje dalsze nasilenie kłopotów finansowych tych placówek, co może skutkować pogorszeniem dostępności świadczeń dla pacjentów. Prawdopodobnie, gdyby dyrektorzy tych placówek nie byli ubezwłasnowolnieni, nie przystaliby na dyktat NFZ i nie podpisaliby umów w zaproponowanej wysokości. Wtedy fundusz nie mógłby ogłosić, że „zabezpieczył potrzeby mieszkańców”. Problemem jest to, że dyrektorzy są zależni od swoich właścicieli, czyli samorządów różnych szczebli, a w nich nie rządzi zdrowy rozsądek, tylko polityka. I podpisują niekorzystne umowy, gdyż w przeciwnym wypadku zapewne przestaliby być dyrektorami. Wiem, wielu się obruszy, że to uproszczenie, ale w istocie na tym polega problem. Funduszowi z kolei należą się gratulacje za prowadzenie tzw. negocjacji. Mistrzostwem świata jest bowiem zaproponowanie niższych kontraktów w sytuacji, gdy świadczeniodawcy spodziewali się uzyskać wzrost przynajmniej o procent inflacji, nie wspominając o zapłacie za nadwykonania, by potem „łaskawie” przystać na kontrakt w dotychczasowej wysokości finansowej w wypadku „bardziej eksponowanych”

SHORT CUTS

PREZENTUJĄ SUBIEKTYWNY ODBIÓR RZECZYWISTOŚCI PRZEZ AUTORA I NIE POWINNY BYĆ UTOŻSAMIANE Z OFICJALNYM STANOWISKIEM WIL KRZYSZTOF OŻEGOWSKI



placówek lub utrzymać obniżkę, tylko nieco niższą w tych „mniej ważnych”. Przy okazji za „równowartość” finansową placówki muszą zapłacić zwiększeniem liczby wykonywanych procedur.

Niestety, wygląda na to, że w ubiegłomiesięcznych ścinkach wykrakałem. Otóż NFZ wpadł na pomysł zwiększenia dostępności leczenia zaćmy. Ale nie poprzez zwiększenie funduszy na te zabiegi, tylko poprzez obniżenie ich wyceny niemal o 35%. Równocześnie – informuje NFZ – placówki wykonujące te zabiegi mają utrzymane kontrakty w dotychczasowej wysokości, czyli aby dotrzymać warunków umowy, będą musiały zrobić więcej procedur. Według NFZ, wszystko jest w porządku, ponieważ operacje zaćmy były dotychczas przeszacowane. Jednakże zapomniano podać, w jaki sposób fundusz dokonał kalkulacji nowych cen tych procedur, a także w jaki sposób doszedł do tego, że dotychczasowa cena jest za wysoka. Mało tego, w jednej z wypowiedzi rzecznik NFZ „chlapnął”, że podstawą obniżki były informacje prasowe, ile taka procedura kosztuje w innych krajach, zwłaszcza w Czechach. Informacje o obniżonej wycenie zaniepokoiły nie tylko okulistów, lecz także pacjentów. Zaprotestował Polski Związek Niewidomych, stwierdzając, że taka zmiana wyceny spowoduje ograniczenie dostępności do leczenia „lepszymi” soczewkami, a konsekwencją będzie konieczność finansowania tych zabiegów przez pacjentów w całości, bowiem równocześnie NFZ przypomniał o zakazie dopłat pacjentów do takich soczewek, zamiast standardowych, za które płaci NFZ. Według związku, spowoduje to niekonstytucyjny podział pacjentów na bogatszych, mogących sfinansować zabieg w placówce bez kontraktu z NFZ, i biedniejszych, którzy będą musieli się zgodzić na gorszy zabieg tylko dlatego, że zabrania im się dopłaty do lepszej soczewki. Problem dopłat nie dotyczy zresztą tylko tych zabiegów,

a i innych dziedzin medycyny. Jednakże władz państwowym, zamiast spróbować znaleźć rozsądne rozwiązanie problemu, utrzymują tę dyskryminację, chociaż łamie ona prawa pacjenta. Oczywiście w kontekście propozycji umożliwienia dopłat pojawiają się głosy w ministerstwie i NFZ, że lekarze pobierają dopłaty za rzeczy, za które już raz zapłacił NFZ, ale zdaje się, że jest to zupełnie inny problem, a i sposób jego rozwiązania nie powinien polegać na wylaniu dziecka z kąpielą, czyli zabronieniu jakichkolwiek dopłat w sytuacjach, gdy fundusz nie opłaca najnowocześniejszej technologii, tylko tę, na którą go stać.

Z kontraktowaniem nierozzerwalnie związana była groźba niezawarcia umów przez lekarzy POZ wskutek zapowiedzi NFZ, że „zestnie” przyszłoroczne kontrakty automatycznie o 7,5%, ponieważ na tyle szacuje liczbę osób, którym nie przysługują świadczenia, a które są na listach lekarzy rodzinnych. Podstawą tych twierdzeń były informacje uzyskane za pomocą słynnego systemu eWUŚ. Ponieważ spokój w służbie zdrowia jest najwyraźniej priorytetem rządu, ostatnio triumfalnie w prasie ogłoszono, że NFZ wycofuje się ze swoich pomysłów na wyraźne żądanie Ministerstwa Zdrowia. W efekcie lekarze rodinni podpisali kontrakty na przyszły rok. Zapewne z tej radości, że NFZ – „ludzkie panisko” – nie wykreślił każdemu z nich 7,5% pacjentów, zapomnieli najwyraźniej o tym, że po raz kolejny nie podwyższył im stawki kapitacyjnej, chociażby o procent inflacji. Mnie z kolei zastanawia szybka zgoda NFZ na żądanie ministerstwa. I nie chciałbym po raz kolejny krakać, ale wydaje mi się to za piękne, aby było prawdziwe. Powiem więc, w zarządzeniu prezesa NFZ widzę ukryte niebezpieczeństwo, że może zrealizować swój pomysł. Ale na razie w kraju spokój i tylko to się dla rządzących liczy. A potem... potem się zobaczy, a i podpi-